

53^e CONSEIL DIRECTEUR

66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

Point 4.6 de l'ordre du jour

CD53/8, Rév. 1
3 octobre 2014
Original: espagnol

PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ MENTALE

Introduction

1. La prévalence des troubles mentaux et ceux dus à l'utilisation de substances psychoactives est élevée dans le monde, et ils contribuent dans une large mesure à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée. Cependant, les ressources allouées par les pays pour faire face à cette charge sont insuffisantes et réparties de façon inégale, et sont parfois utilisées de façon inefficace. Tout cela a occasionné des lacunes en matière de traitement qui, dans de nombreux pays, dépassent 70 %. La stigmatisation, l'exclusion sociale et la discrimination qui entourent les personnes atteintes de troubles mentaux viennent aggraver la situation (1, 2).

2. *Il ne saurait y avoir de santé sans santé mentale.* Ce message exprime clairement la nécessité d'une approche globale de la santé et met l'accent sur les liens qui existent entre le plan physique et le plan psychosocial dans le processus de la santé et de la maladie. Les troubles mentaux augmentent le risque de souffrir d'autres pathologies et contribuent en outre à des blessures intentionnelles ou non. D'autre part, les maladies, qu'elles soient transmissibles ou non, augmentent le risque de souffrir de troubles mentaux. La dépression, par exemple, est une condition co-morbide fréquente qui complique la recherche d'aide ainsi que l'adhérence au traitement, et qui influe sur le pronostic. Il est démontré que la dépression peut entraîner une prédisposition à l'infarctus du myocarde et au diabète, qui, à leur tour, augmentent la probabilité de souffrir de dépression. De nombreux facteurs de risque, notamment un niveau socioéconomique bas, la consommation d'alcool ou le stress, sont communs aux troubles mentaux et à d'autres maladies non transmissibles. La prise en charge et un traitement coordonnés des troubles mentaux et d'autres pathologies physiques peuvent améliorer les résultats sur les deux plans, ce qui s'avère très important, en particulier dans les services de soins de santé primaires où il est possible d'organiser des modèles de soins intégrés (2, 3, 4).

3. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) conçoit la santé mentale comme un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (4).

4. En 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 (4). Toujours en 2013, le Conseil directeur de l'OPS a adopté son Plan stratégique 2014-2019 (5). C'est pourquoi, au niveau régional, il a été décidé de réviser le Plan d'action pour la santé mentale, adopté en 2009, afin de l'actualiser et de l'aligner sur le Plan stratégique de l'OPS et le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS (2, 4).

Antécédentes

5. La déclaration de Caracas (1990) a marqué un tournant historique dans les Amériques et a souligné que l'attention centrée sur l'hôpital psychiatrique devait faire place à une prestation de services décentralisée, participative, globale, continue, préventive, basée sur la communauté et sur l'exercice des droits de l'homme (6, 7).

6. En 1997 et 2001, le Conseil directeur de l'OPS a abordé le sujet de la santé mentale et a adopté des résolutions appelant les États Membres à inclure la santé mentale parmi leurs priorités (8, 9). Les conférences régionales sur la santé mentale, qui se sont tenues à Brasilia en 2005 et au Panama en 2010, ont permis d'évaluer le chemin parcouru (10, 11, 12). En 2007, les pays de la Région ont adopté le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 (13).

7. Ces dernières années, les documents programmatiques suivants d'une grande pertinence ont été approuvés :

- a) Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale (sigle anglais : mhGAP), OMS, 2008 ; Guide d'intervention du mhGAP (mhGAP-IG), OMS, 2010 (14, 15).
- b) Stratégie et Plan d'action pour la santé mentale, OPS, 2011; Stratégie et Plan d'action pour l'épilepsie, OPS, 2009 (2, 16).
- c) Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, OMS, 2011 ; Plan d'action visant à réduire l'usage nocif de l'alcool, OPS, 2010 (17, 18).
- d) Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique, OPS, 2011; Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique, OPS, 2010 (19, 20).
- e) Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (ENT), ONU, 2011 ; Cadre mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles, OMS, 2013 ; Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles, OPS, 2013 (21, 22, 23).

- f) Plan stratégique 2014-2019, OPS (5).
- g) Plan d'action global pour la santé mentale, 2013-2020, OMS (4).
- h) Réunion régionale des usagers des services de santé mentale et des membres de leur famille, sous l'égide de l'OPS et du gouvernement du Brésil, qui a débouché sur le Consensus de Brasilia, 2013 (24).

Analyse de situation

8. L'analyse de la situation menée comme base pour la formulation de la Stratégie régionale pour la santé mentale approuvée en 2009 est toujours valide pour ce qui est de ses considérations fondamentales (2). Un examen récent de plusieurs études épidémiologiques effectuées dans la Région met en évidence une prévalence de 12 mois pour tous les troubles mentaux se situant entre 18,7 % et 24,2 %. Les taux de prévalence moyens de 12 mois au sein de la population adulte pour certains troubles sont les suivants : 1,0 % pour la psychose non affective, 5,2 % pour la dépression grave et 4,6 % pour l'usage nocif/dépendance à l'alcool (25, 26).

9. En termes de charge et de prévalence, la dépression continue d'arriver en première position parmi les troubles mentaux, et est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Entre 10 et 15 % des femmes dans les pays industrialisés et entre 20 et 40 % des femmes dans les pays en développement, souffrent de dépression pendant la grossesse ou pendant la période post-partum (2, 26, 27).

10. Les troubles mentaux dus à la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, comme les drogues illicites ou les psychotropes de prescription médicale, sont un problème croissant en termes épidémiologiques et avec un grand impact social; cependant, le déficit de traitement est très important (18, 26), et il n'existe aucun services adéquats pour affronter cette situation.

11. La transition démographique que connaît la Région constitue un défi que devront relever les services de santé mentale. Les troubles mentaux et neurologiques chez les personnes âgées, comme la maladie d'Alzheimer, d'autres formes de démence et la dépression, contribuent de façon significative à la charge des maladies non transmissibles. Dans les Amériques, la prévalence de la démence chez les personnes âgées (plus de 60 ans) varie de 6,46 % à 8,48 %. Les projections indiquent que le nombre de personnes atteintes de ce trouble va doubler tous les 20 ans (28).

12. La disponibilité de données dans le domaine des services de santé mentale a permis une meilleure compréhension de l'ampleur des lacunes en matière de traitement. Pour les troubles affectifs, graves et modérés, liés à l'anxiété et à la consommation de substances psychoactives chez les adultes, les lacunes en matière de traitement sont en moyenne de 73,5 % dans la Région des Amériques, de 47,2 % en Amérique du Nord et de 77,9 % en Amérique latine et dans les Caraïbes. Les lacunes en Amérique latine et dans les Caraïbes sont de 56,9 % pour la schizophrénie, de 73,9 % pour la dépression et de 85,1 % pour l'alcool (25).

13. Dans les Amériques, 65 000 personnes meurent par suicide chaque année. Le taux de suicide ajusté pour l'âge pour 100 000 habitants est de 7,3 (11,5 hommes et 3,0 femmes). Le suicide est la troisième cause de décès dans la tranche d'âge de 20 à 24 ans et la quatrième dans les tranches d'âge de 10 à 19 ans et de 25 à 44 ans. La population de plus de 70 ans enregistre le taux le plus élevé (12,4 pour 100 000 habitants). L'asphyxie, les armes à feu et l'empoisonnement (l'utilisation de pesticides en particulier) sont les méthodes les plus couramment utilisées. Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, le taux ajusté pour l'âge est de 5,2 (8,4 hommes et 2,1 femmes). Les taux de mortalité par suicide chez les hommes continuent à être supérieurs à ceux observés chez les femmes (ratio homme-femme de 3,8) ; cependant, les tentatives de suicide sont signalées plus fréquemment chez les femmes (29).

14. Dans notre Région, la violence constitue un problème important de santé publique. La violence faite aux femmes touche une femme sur trois, ce qui entraîne de nombreuses conséquences pour la santé, allant de la dépression jusqu'à la mort, y compris le suicide (30). La violence contre les enfants crée des cycles de violence intergénérationnels contre les femmes et les filles, ce qui amène aux mêmes conséquences. Les châtiments corporels infligés aux enfants sont un phénomène fréquent dans de nombreuses régions d'Amérique latine et des Caraïbes. Par exemple, selon les enquêtes nationales menées dans certains pays, plus d'un tiers des femmes et au moins la moitié des hommes ont déclaré avoir été battus lorsqu'ils étaient enfants (31).

Politiques, plans, législation et organisation des services

15. Trente-quatre pays et territoires d'Amérique latine et des Caraïbes ont mis en place l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale de l'OMS (dont le sigle anglais est WHO-AIMS) (32, 33). Il ressort de cette étude que, dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, seuls six pays et territoires ne disposent pas de politiques et de plans pour la santé mentale. En revanche, seuls huit pays ont des lois spécifiques sur la santé mentale actualisées. En ce qui concerne les allocations budgétaires, 73 % des pays allouent entre 1 et 5 % du budget de la santé à la santé mentale. Toutefois, sur les vingt-sept pays ayant des hôpitaux psychiatriques, vingt consacrent plus de 50 % du budget de la santé mentale à ces établissements et, parmi ces vingt pays, quatorze y consacrent plus de 80 % (33).

16. L'organisation des services de santé mentale n'est pas homogène dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes. Certains pays ont mis en pratique des expériences innovantes axées sur la communauté. Beaucoup d'autres ont encore un système extrêmement centralisé où la réponse aux problèmes que connaissent les personnes atteintes de troubles mentaux liés à l'alcool et à d'autres substances psychoactives est concentrée dans les hôpitaux psychiatriques, avec peu ou pas de développement de services de soins primaires et secondaires. Dans cette région, 86,6 % des lits psychiatriques se trouvent dans des hôpitaux psychiatriques, 10,6 %, dans des hôpitaux généraux et 2,7 % seulement dans des résidences communautaires (33).

17. Le rôle des soins primaires dans le domaine de la santé mentale est limité, même si la situation évolue peu à peu. Au cours des trois dernières années, utilisant pour cela le Guide d'intervention du mhGAP, 15 pays ont entrepris de former le personnel de soins de santé primaires.

18. En ce qui concerne les ressources humaines, on constate une grande disparité entre les pays. On observe que, lorsque l'hôpital psychiatrique constitue la base du système, c'est là qu'est concentrée la majeure partie des ressources disponibles. En Amérique latine et dans les Caraïbes, on compte en moyenne 2,1 psychiatres, 6,0 infirmières ou infirmiers et 4,2 psychologues pour 100 000 habitants (33).

19. Le WHO-AIMS a mis en évidence le manque d'information sur la santé mentale. Dans de nombreux pays, les données sont difficilement accessibles et parfois inexistantes, et les systèmes d'information de la santé ne comprennent pas d'indicateurs de santé mentale.

20. La stratégie et le plan d'action sur la santé mentale adoptés par l'OPS en 2009 ont été mis en œuvre au cours de la période 2010-2013 avec des résultats positifs, et montrent que beaucoup de pays ont réalisé des progrès considérables ; cependant, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Parmi les progrès qu'il convient de mentionner, on peut citer les points suivants : *a)* plusieurs pays ont poursuivi des processus durables de réduction des lits dans les hôpitaux psychiatriques, en ayant recours à des services ambulatoires décentralisés, *b)* au cours des 3 dernières années, on a travaillé sur l'intégration de la composante de la santé mentale dans les soins de santé primaires et *c)* certains pays ont élaboré et approuvé des lois de la santé mentale qui intègrent les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.

21. D'autre part, le grand défi que nous rencontrons aujourd'hui tient aux lacunes dans le traitement. Briser les barrières d'accès aux services dans le cadre d'une politique de couverture universelle est essentiel, et cela passe par l'intégration de la santé mentale dans les services généraux de santé.

Plan d'action (2015-2020)

22. Le Plan d'action reflète l'expérience acquise sur notre continent et exprime l'engagement des gouvernements. Une période de six ans est définie pour son exécution (2015-2020). Le Plan repose sur une vision générale de la Région ; cependant, des différences marquées persistent entre les pays et même à l'intérieur des pays. C'est pourquoi la mise en œuvre doit être flexible, en particulier afin d'adapter les résultats et les indicateurs proposés comme nécessaire et en tenant compte des spécificités des pays et des contextes culturels. Par ailleurs, dans les pays fédérés, il faut tenir compte du partage de compétences entre les administrations nationales et infranationales.

23. *Vision* : une région où l'on valorise, promeut et protège la santé mentale, où l'on prévient les troubles mentaux et ceux dus à l'utilisation de substances et où les personnes

souffrant de ces troubles peuvent exercer leurs droits fondamentaux et avoir accès à une prise en charge tant dans le domaine sanitaire que social, fournie en temps opportun et de haute qualité, afin d'atteindre le plus haut niveau possible de santé et de contribuer au bien-être des familles et des communautés.

24. *Objectif* : promouvoir le bien-être mental, prévenir les troubles mentaux et ceux dus à l'utilisation de substances, offrir des soins, intensifier la réhabilitation, privilégier la convalescence et promouvoir les droits humains des personnes atteintes de troubles mentaux ou dus à l'utilisation de substances afin de réduire la morbidité, l'incapacité et la mortalité.

Lignes stratégiques d'action

25. Le présent document s'aligne sur le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 et sur le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 de l'OMS, en accordant une attention particulière aux résultats, indicateurs et cibles qui coïncident. Le Plan comprend les lignes stratégiques d'action suivantes, qui guideront les États Membres en tenant compte de leurs contextes et priorités nationales :

- a) Formuler et mettre en œuvre des politiques, des plans et des lois dans le domaine de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale, afin de parvenir à une gouvernance appropriée et efficace.
- b) Améliorer la capacité de réponse des systèmes et services de santé mentale, ainsi que la capacité d'intervention pour les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, afin d'offrir une prise en charge complète et de qualité à l'échelle communautaire.
- c) Élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion et de prévention dans le domaine des systèmes et services de santé mentale et d'intervention pour les problèmes liés à la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, en accordant une attention particulière au cycle de vie.
- d) Renforcer les systèmes d'information, les preuves scientifiques et les recherches.

26. Le Plan d'action repose sur quatre approches transversales, conformes aux critères du Plan stratégique de l'OPS : parité entre les hommes et les femmes, équité, ethnicité et droits de l'homme. De même, il prend en considération les dimensions de nature environnementale, biologique, socio-économique et culturelle, ainsi qu'en matière de systèmes de santé. Les inégalités entre les femmes et les hommes – en interaction avec les autres déterminants sociaux de la santé – expliquent les différences dans les expositions aux risques et dans les résultats de la santé mentale entre les femmes et les hommes. Dans cette perspective, la prise en charge de la santé mentale devrait être mise en pratique en tenant compte des conditions de vie et des besoins spécifiques en fonction du sexe.

27. La perspective de l'ethnicité implique une approche interculturelle dans les services de santé mentale. Il est nécessaire que le personnel connaisse, respecte et intègre dans son travail les connaissances, les croyances culturelles et religieuses, ainsi que la langue des divers groupes de population. L'exercice des droits de l'homme est essentiel pour répondre à la charge des maladies mentales dans un cadre de respect de la dignité humaine. On dispose actuellement d'un ensemble d'instruments internationaux pertinents en matière de droits de l'homme (2, 34).

Ligne stratégique d'action 1 : formuler et mettre en œuvre des politiques, des plans et des lois dans le domaine de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale, afin de parvenir à une gouvernance appropriée et efficace.

28. La conception et la mise en œuvre à l'échelle nationale de politiques, de plans et de lois dans le domaine de la santé mentale et de la promotion de la santé mentale, reposant sur des données scientifiques et conformément aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme constituent un défi qui nécessite un effort conjoint du secteur public et d'autres instances clés. Le leadership et l'engagement des gouvernements et des agents de santé sont essentiels pour élaborer des plans de santé mentale intégrés dans les politiques publiques et faciliter l'organisation d'un modèle de services basé sur la communauté et reposant sur l'évidence scientifique, qui s'attache à promouvoir et à protéger les droits de l'homme des personnes atteintes de troubles mentaux et de ceux dus à l'utilisation de substances, ainsi que de leur famille (2, 4).

29. La société civile joue un rôle fondamental dans l'élaboration et l'exécution des plans et des lois, en particulier par l'entremise des associations d'usagers des services de santé mentale et de leur famille, des groupes de soutien par les pairs, de soutien social, de l'intégration et de la participation de la communauté, ainsi que de la promotion de services efficaces et appropriés. Au cours de la première année de mise en œuvre du Plan, on définira une base de référence pour mesurer les progrès sur le plan du rôle de la société civile.

30. La législation sur la santé mentale et sur les droits de la personne offre un cadre juridique pour promouvoir et protéger les droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux ou dus à l'utilisation de substances (2, 4, 34). La santé mentale, qu'elle soit couverte dans un élément législatif séparé (loi) ou qu'elle soit intégrée dans d'autres lois sur la santé et la capacité, doit codifier les principes, les valeurs et les objectifs fondamentaux des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et être conforme aux plus hautes normes techniques internationales.

31. Un problème essentiel est l'insuffisance de ressources humaines et financières consacrées à la santé mentale et leur répartition inéquitable, en particulier lorsqu'on fait la comparaison avec la charge que représentent les troubles mentaux et ceux dus à l'utilisation de substances. D'un autre côté, la structure des dépenses, dans de nombreux cas, montre qu'une proportion élevée du budget de la santé mentale est destinée aux

grands hôpitaux psychiatriques (voir l'analyse de situation). Les données antérieures illustrent la nécessité non seulement d'augmenter le budget en termes absolus, mais aussi d'évaluer la réorientation des ressources destinées aux hôpitaux psychiatriques vers des systèmes ambulatoires à base communautaire. Les dépenses doivent être destinées de façon cohérente à satisfaire aux besoins de santé mentale de la population.

Objectif 1.1. Formuler et mettre en œuvre des politiques ou des plans nationaux sur la santé mentale et la promotion de la santé mentale alignés sur les plans régionaux et mondiaux de santé mentale.*

Indicateur :

1.1.1 Nombre de pays qui ont une politique ou un plan national sur la santé mentale conforme aux plans régional et mondial de la santé mentale.
Référence (2013) : 22.** Cible (2020) : 30.

Objectif 1.2. Formuler des lois nationales sur la santé mentale conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.*

Indicateur :

1.2.1 Nombre de pays qui disposent de lois nationales sur la santé mentale conformes aux instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme.
Référence (2013) : 8.** Cible (2020) : 18.

Ligne stratégique d'action 2 : améliorer la capacité de réponse des systèmes et services de santé mentale et d'intervention pour les problèmes liés à la consommation de substances psychoactives, afin d'offrir une prise en charge globale et de qualité à l'échelle communautaire.

32. Un modèle communautaire de santé mentale repose sur des principes de base adoptés et adaptés par chaque pays afin d'organiser la prestation des services. Parmi leurs axes fondamentaux figurent la décentralisation, l'inclusion de la composante de la santé mentale dans les soins de santé primaires et dans les hôpitaux généraux, l'existence d'un réseau de services, la participation sociale, la coordination intersectorielle et l'approche axée sur les droits de l'homme. Cela implique également la fourniture de services selon une approche culturellement appropriée, ainsi que l'équité et l'absence de discrimination pour des raisons de sexe, de race ou d'origine ethnique, d'orientation sexuelle, de classe sociale ou d'autres conditions (2, 4).

33. Une tâche qui n'est pas encore achevée dans la Région est celle de la restructuration des services de santé mentale. L'élaboration d'un modèle communautaire implique de planifier de nouveaux services et alternatives qui offrent une prise en charge

* Résultat et indicateur conformes au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019 (5).

** Données de référence tirées du WHO-AIMS régional (Rapport d'évaluation des systèmes de santé mentale) (33). En outre, ces références seront actualisées en 2015.

globale et continue tout en permettant de remplacer les hôpitaux psychiatriques, progressivement et de façon appropriée, ainsi que de préserver la disponibilité de la prise en charge hospitalière temporaire pour les personnes souffrant de troubles mentaux ou de ceux qui résultent de la consommation de substances. Dans de nombreux pays, les hôpitaux psychiatriques consomment encore une grande partie des ressources destinées à la santé mentale, raison pour laquelle une stratégie recommandée consiste à utiliser les ressources de ces derniers pour mettre en place des services spécialisés au sein des hôpitaux généraux et de la communauté (35).

34. Dans le Plan mondial pour la santé mentale, l'OMS établit que « la réadaptation signifie retrouver et garder espoir, comprendre ses capacités et ses faiblesses, s'engager dans la vie active, retrouver une autonomie personnelle, une identité sociale, un sens à sa vie et un but dans celle-ci, et une image de soi positive. La réadaptation n'est pas synonyme de guérison. Elle fait référence à la fois aux facteurs internes aux personnes qui se décrivent elles-mêmes comme étant en réadaptation – espoir, guérison, autonomisation et rétablissement des liens – et aux facteurs externes qui facilitent la réadaptation – mise en œuvre des droits humains, culture positive de la guérison et services orientés vers la réadaptation. » (4).

35. Les services communautaires de santé mentale doivent être globaux et inclure la réadaptation psychosociale, tout en permettant la réinsertion sociale des personnes souffrant de troubles mentaux. De plus, ces services doivent axer leur démarche sur la réadaptation, en mettant l'accent sur le soutien dont les personnes atteintes de troubles mentaux ont besoin pour réaliser leurs propres aspirations et objectifs. Entre autres, ces services doivent « écouter les malades pour comprendre comment ils perçoivent leur état et ce qui pourrait les aider à guérir, les considérer comme des partenaires à parts égales dans l'organisation de leurs soins, leur donner le choix entre plusieurs traitements et thérapies, s'agissant aussi de qui prodigue les soins ; et faire appel à des groupes d'entraide et de soutien entre soignants, au sein desquels, en plus d'apporter leur savoir-faire, ils s'encouragent mutuellement et développent un sentiment d'appartenance. En outre, une approche multisectorielle est nécessaire afin que les services apportent un soutien aux patients aux différents stades de leur vie et, le cas échéant, leur permettent d'exercer leur droits fondamentaux comme le droit à l'emploi (programmes de retour à l'emploi, notamment), au logement et à l'éducation, et le droit de participer à des activités et à des programmes communautaires, et d'avoir des activités constructives. » (4).

36. Une approche globale des troubles mentaux combinant des interventions psychosociales et pharmacologiques est la plus efficace. La disponibilité de psychotropes essentiels dans les services communautaires ambulatoires et au niveau des soins de santé primaires est cruciale (36).

37. L'évaluation systématique des services de santé mentale assure des soins de qualité et le respect des droits de l'homme des usagers et de leur famille. Le programme *Qualité et droits* de l'OMS fournit des outils et une méthodologie qui a commencé à être adaptée et mise en œuvre dans la Région (37).

38. Les services doivent répondre aux besoins des groupes vulnérables, en particulier des personnes défavorisées sur le plan socio-économique, des malades mentaux sans-abri, des personnes touchées par le VIH/sida, des femmes et des fillettes victimes de violence, des personnes ayant survécu à des actes de violence, des lesbiennes, gays, bisexuels et trans (LGBT), des populations autochtones, des migrants et des personnes déplacées, des personnes privées de leur liberté ou des groupes minoritaires dans le contexte national. L'expression « groupe vulnérable » est utilisée dans le présent Plan pour se référer à des personnes ou des groupes de personnes qui ont acquis cette vulnérabilité en raison d'une exposition à des situations et des conditions spécifiques de l'environnement (et non en raison de faiblesses intrinsèques présumées ou d'un manque de capacité). L'expression « groupe vulnérable » doit être appliquée dans chaque pays selon le contexte et les caractéristiques qui lui sont propres.

39. L'exposition à des événements de la vie négatifs, tels que les catastrophes naturelles ou anthropiques, les conflits armés, les troubles civils, la violence familiale continue et les migrations ou déplacements forcés a des conséquences sur la santé physique et mentale, c'est pourquoi au moment de planifier la réponse du secteur de la santé et d'autres secteurs, il faut s'assurer de la disponibilité de services de santé mentale et de soutien psychosocial.

40. La disponibilité du nombre approprié de travailleurs compétents de la santé mentale et leur répartition équitable sont essentielles à l'expansion des services. La formation professionnelle (premier cycle) et la formation continue (études supérieures) doivent refléter les politiques d'intégration de la santé mentale dans les services généraux de santé, y compris dans les soins de santé primaires. Les professionnels spécialisés devront faciliter la formation, le soutien et la supervision du personnel non spécialisé ; par exemple, pour identifier les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les prendre en charge ou les orienter vers le service plus approprié, le cas échéant. Appuyer et former les membres de la famille et les aidants des personnes atteintes de troubles mentaux contribuera également à accroître la capacité de réponse des services de santé mentale.

41. Au moment de planifier l'expansion des services de santé mentale, il est essentiel d'assurer un accès équitable à une prise en charge globale et efficace, qui permette la promotion, la prévention, les soins, la convalescence et la réinsertion sociale. Pour ce faire, des efforts doivent être déployés en vue d'étudier et de maximiser l'utilisation des technologies de télécommunications (comme les téléphones portables, des liens vers des vidéos, l'Internet) afin d'assurer l'accès aux services de santé mentale dans les communautés difficiles d'accès et non desservies.

42. L'augmentation et la décentralisation des services de santé mentale permettent une réduction progressive du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques, qui offrent principalement des services de garde. Il est essentiel de mettre en place des services spécialisés au sein de la communauté (centres ambulatoires et services dans les hôpitaux généraux). L'intégration de la composante de santé mentale dans les soins de santé primaires et d'autres scénarios de soins de santé (par exemple, les services d'urgence, le

système de justice pénale, les infirmeries dans les écoles) est essentielle pour développer des prestations équitables de services, et constitue par ailleurs une stratégie cruciale pour combler les lacunes dans le traitement des troubles mentaux.

Objectif 2.1. Accroître la couverture des services de santé mentale de type ambulatoires.⁺

Indicateur :

2.1.1 Nombre de pays où le taux de personnes prises en charge par des services de santé mentale ambulatoires a dépassé la moyenne régionale (975/100 000 habitants).
Référence (2013) : 19.⁺⁺ Cible (2020) : 30.

Objectif 2.2. Réduire le rôle des hôpitaux psychiatriques.

Indicateur :

2.2.1 Nombre de pays où les hôpitaux psychiatriques ont réduit le nombre de lits d'au moins 15 %.
Référence (2013): 0. Cible (2020): 10.

Objectif 2.3. Intégrer la composante de la santé mentale dans les soins de santé primaires.⁺

Indicateur :

2.3.1 Nombre de pays qui ont intégré la composante de la santé mentale dans les soins de santé primaires.
Référence (2013) : 15.⁺⁺⁺ Cible (2020) : 25.

Ligne stratégique d'action 3: élaborer et mettre en œuvre des programmes de promotion et de prévention dans le domaine des systèmes et services de santé mentale et dans les interventions pour les problèmes liés à la consommation d'alcool et autres substances psychoactives, en accordant une attention particulière au cycle de vie.

43. Dans le domaine de la promotion et de la prévention dans les systèmes et services de santé mentale, le rôle des autres secteurs est crucial dans la mesure où les problèmes de santé mentale et ceux qui sont dus à la consommation de substances psychoactives sont influencés par les déterminants sociaux et économiques tels que le niveau de revenu, la situation professionnelle, le niveau d'éducation, la cohésion familiale, la discrimination, les violations des droits de l'homme ou l'exposition à des épisodes de vie difficiles comme la violence sexuelle ou la maltraitance et la négligence pendant l'enfance (4).

+ Résultat et indicateur conformes au Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

++ Données de référence tirées du WHO-AIMS régional (Rapport d'évaluation des systèmes de santé mentale) (32).

+++ Rapport de l'Unité technique sur la santé mentale et sur l'utilisation de substances psychoactives.

44. Les premières étapes de la vie sont propices au travail sur la promotion et la prévention car jusqu'à 50 % des troubles mentaux touchant des adultes commencent avant l'âge de 14 ans. Par ailleurs, chez les personnes âgées, il existe des possibilités d'intervenir préventivement pour améliorer la qualité de vie, faciliter l'intégration sociale et réduire ou prévenir les invalidités (2, 4).

45. Les interventions pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux doivent inclure le fait de soutenir des lois ou des réglementations contre la discrimination, ainsi que la mise en place de campagnes d'information contre la stigmatisation et les violations des droits de l'homme (4).

46. Il est important que les programmes de promotion et de prévention soient concentrés sur des interventions fondées sur des éléments de preuve et adaptées au contexte dans lequel ils sont utilisés. Parmi les actions que peuvent inclure ces programmes, il convient de mentionner : le développement des ressources psychologiques de l'individu au cours des étapes formatrices de la vie, la détection précoce et la prise en charge des problèmes émotionnels ou comportementaux dans l'enfance et l'adolescence, la promotion de conditions de vie saines, le renforcement des réseaux communautaires de protection contre la violence, ainsi que la protection sociale des populations vivant dans la pauvreté (4).

47. Au nombre des interventions visant à prévenir le suicide figurent notamment la réduction de l'accès à des moyens létaux (en particuliers les armes à feu, les ponts sans protection adéquate, les pesticides et les médicaments ou drogues), une pratique d'information responsable par les médias, ainsi que la détection et le traitement précoces des troubles mentaux comme la dépression. Il est essentiel d'identifier les personnes à risque, d'assurer un suivi des personnes aux tendances suicidaires ou ayant déjà fait des tentatives de suicide, de prendre en charge immédiatement les personnes qui tentent de se suicider.

48. La tendance du taux de suicide est demeurée stable dans les Amériques au cours de la période de 20 ans entre 1990 et 2009. En Amérique du Nord (États-Unis et Canada) on signale une légère baisse des taux, tandis qu'une légère augmentation a été observée en Amérique latine et dans les Caraïbes. Cela peut s'expliquer du fait que les pays nord-américains disposent de registres fiables et mettent en œuvre des programmes pour s'attaquer à ce problème. Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes, en revanche, on constate dans de nombreux pays une insuffisance des registres évidente, et de ce fait, à mesure que les systèmes d'information et les registres vont s'améliorer, on prévoit une hausse des taux. Sur la base de cette étude des tendances, on prévoit que le taux de mortalité par suicide restera stable, même si de nombreux pays amélioreront leurs registres et mettront en œuvre des programmes de prévention du suicide (28).

Objectif 3.1. Mettre en œuvre des programmes de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.

Indicateur :

- 3.1.1 Nombre de pays dotés de programmes multisectoriels opérationnels de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.¹
Référence (2013) : 20.[§] Cible (2020) : 25.

Objectif 3.2. Mettre en œuvre des programmes de prévention du suicide.

Indicateur :

- 3.2.1 Nombre annuel de décès par suicide pour 100 000 habitants.^{§§}
Pas d'augmentation du taux de suicide dans la région en 2020 par rapport à 2013.
Ligne de référence : 7,3 x 100 000 habitants.^{§§§}

Indicateur :

- 3.2.2 Nombre de pays qui élaborent et mettent en œuvre des programmes nationaux de prévention du suicide.
Ligne de référence (2013) : 6[♦]. Cible (2020) : 20

Ligne stratégique d'action 4 : renforcer les systèmes d'information, les preuves scientifiques et les activités de recherche.

49. Les systèmes d'information de la santé doivent recueillir et notifier régulièrement les données sur la prestation des services de santé mentale, qui doivent être ventilées au moins par sexe, âge, race ou groupe ethnique et diagnostic. Ces données, lorsque cela est possible, devraient également être ventilées selon l'orientation sexuelle. Ces données doivent être utilisées pour évaluer la situation et informer régulièrement les autorités, ainsi que comme base pour l'amélioration et l'expansion des services. L'ensemble de base des indicateurs suggérés dans le cadre du Plan d'action de l'OMS fera l'objet d'un examen, pour qu'ils soient adaptés et mis en œuvre progressivement par les pays de la région.

50. L'évaluation du WHO-AIMS présente la situation dans la région selon le type de structure avec les systèmes d'information opérationnels et qui communiquent des informations régulières sur 66 % des hôpitaux psychiatriques et 62 % des services

¹ Une réponse intégrale et coordonnée pour la promotion de la santé mentale requiert des alliances entre de multiples secteurs publics, tels que la santé, l'éducation, l'emploi, la justice, le logement, le social et autres, ainsi qu'avec le secteur privé, le cas échéant en fonction de la situation nationale (4). Il appartient au secteur de la santé de diriger et de coordonner ces efforts.

§ Référence tirée de l'évaluation du Plan stratégique de l'OPS 2008-2014 (SO3, RER 3.5, indicateur 3.5.2). Il sera nécessaire de revoir ce niveau de référence en 2015 afin de vérifier la mise en œuvre effective de ces programmes et s'ils répondent aux exigences techniques de base.

§§ Indicateur et objectif conformes à l'indicateur d'impact du Plan stratégique de l'OPS 2014-2019.

§§§ Voir paragraphe 45. Rapport régional sur le suicide, OPS 2014.

♦ Référence obtenue à partir de l'information fournie par l'Unité de santé mentale et de l'usage de substances psychoactives* de l'OPS. La référence sera révisée dans le courant de 2015 pour vérifier la faisabilité de la mise en œuvre de ces programmes.

ambulatoires. La plupart des informations disponibles proviennent d'hôpitaux psychiatriques et se réfèrent au nombre de lits et d'admissions ventilés sur la base du genre, de l'âge et du diagnostic, avec très peu d'informations sur d'autres paramètres tels que les internements involontaires. Les informations des services ambulatoires fluctuent davantage ; le nombre de consultations ou de contacts est parfois indiqué, mais il n'existe presque jamais de registre des cas (33).

51. Les activités de recherche scientifique existantes et la production de données sont limitées à certains pays. Afin d'apporter des preuves scientifiques pour des interventions de promotion, ainsi que de prévention et de traitement des troubles mentaux et de ceux résultant de la consommation de substances, les activités de recherche devront couvrir un éventail d'activités comme la découverte, l'évaluation, le traitement et les essais cliniques, ainsi que la fourniture de services, en tenant compte des priorités nationales.

Objectif 4.1. Renforcer les systèmes d'information, en incluant un ensemble d'indicateurs de la santé mentale de base compilés systématiquement et notifiés sur une base annuelle.

Indicateur :

4.1.1 Nombre de pays disposant d'une série d'indicateurs de la santé mentale de base convenus et compilés systématiquement et notifiés sur une base annuelle.
Référence (2013) : 21* Cible (2020) : 30.

Suivi, analyse et évaluation

52. Ce plan d'action contribue à la réalisation des objectifs de la Catégorie 2 du Plan stratégique de l'OPS. Le suivi et l'évaluation de ce Plan seront alignés sur le cadre de gestion fondé sur les résultats de l'Organisation, ainsi que sur ses processus d'évaluation de la performance. Des rapports d'activité seront préparés sur la base des informations disponibles à la fin de chaque exercice biennal. Des évaluations à mi-parcours et à la fin du Plan seront réalisées afin de déterminer les forces et les faiblesses de son exécution globale, ainsi que les facteurs déterminants des succès et des échecs, et les actions futures.

53. Les sources pour obtenir les informations nécessaires sont les suivantes : *a)* la base de données sur la mortalité de l'OPS/OMS, *b)* les rapports WHO-AIMS des pays mis à jour tous les cinq ans, *c)* les autres rapports des pays liés aux indicateurs de ce plan, demandés aux ministères de la Santé, *d)* les rapports de l'Unité régionale sur la santé mentale et sur l'utilisation de substances psychoactives et *e)* la compilation des activités de recherche.

* Référence tirée de l'évaluation du Plan stratégique de l'OPS 2008-2014 (SO3, RER 3.3, indicateur 3.3.2). Il sera nécessaire de revoir le niveau de référence en 2015 afin de vérifier la situation effective des systèmes d'information de la santé et si les données relatives à la santé mentale satisfont aux exigences minimales de l'ensemble des indicateurs de base définies par l'OPS/OMS.

Incidences financières

54. On estime que le coût de la mise en œuvre du *Plan* pour la période de six ans (2015-2020) sera de US\$ 13 880 080,00. L'écart de financement estimé est de 39 % du montant total budgétisé. Le personnel fixe qui constitue actuellement l'Unité est suffisant pour couvrir la mise en œuvre du Plan d'action sur cette période de six ans ; l'écart de financement correspond essentiellement aux frais de fonctionnement pour la coopération technique avec les pays et aux embauches sur contrats à durée déterminée nécessaires pour bénéficier du soutien d'experts pour des activités spécifiques. Il sera important de forger des alliances et d'identifier des bailleurs de fonds pour appuyer le plan. De même, on attend des États Membres qu'ils accordent la priorité à cette question et allouent des ressources pour améliorer leurs programmes et services de santé mentale axés sur les communautés. La coopération entre les pays et l'échange d'expériences seront utiles et il sera nécessaire pour cela de mobiliser des ressources financières.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

55. Le Conseil directeur est prié d'examiner le présent Plan d'action pour la santé mentale, qui comprend un projet de résolution (annexe A), et de formuler des observations et recommandations s'y rapportant.

Annexes

Références

1. Saraceno B, Freeman M, Funk M. Public mental health. In: Oxford Textbook of Public Health, 5th ed. Nueva York: Oxford University Press; 2009, p. 1081-1100.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie et plan d'action sur la santé mentale [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2009 (document CD49/11 et résolution CD49.R17) [consultés le 5 décembre 2013]. Disponible sur :
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
[http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R17%20(Fr.).pdf)
3. Prince, M. et al. Global Mental Health 1. No health without mental health. In The Lancet, Global Mental Health [Internet]. *The Lancet* 2007 Sep 8; 370(9590):859-877 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(07\)61238-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61238-0/fulltext)

4. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Genève : OMS ; 2013 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf
5. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la santé 2014-2019 [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (Document officiel 345) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr
6. González Uzategui R, Levav I. (eds.) Reestructuración de la atención psiquiátrica: bases conceptuales y guías para su implementación: memorias de la Conferencia Regional para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. Washington (DC): OPS; 1991 (document HPA/MND 1.91).
7. Organisation panaméricaine de la Santé. Declaración de Caracas [Internet]. Adoptada en Caracas, Venezuela, el 14 de noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud. Washington (DC): OPS; 1990 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/Declaracion_de_Caracas.pdf
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé mentale [Internet]. 40^e Conseil directeur de l'OPS, 49^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques; du 22 au 23 septembre 1997; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC): OPS; 1997 (résolution CD40.R19) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www1.paho.org/English/GOV/CD/ftcd_40.htm (en anglais)
9. Organisation panaméricaine de la Santé. Santé mentale [Internet]. 43^e Conseil directeur de l'OPS, 53^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 24 au 28 septembre 2001 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2001 (résolution CD43.R10) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www1.paho.org/french/gov/cd/cd43_10-f.pdf
10. Rodríguez J, González R. (eds.) La reforma de los servicios de salud mental: 15 años después de la Declaración de Caracas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2007 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Reforma%20de%20las%20servicios%20de%20salud%20mental.pdf>
11. Organisation panaméricaine de la Santé ; Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil; Organización Mundial de la Salud. Principios de Brasilia [Internet]. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud

- Mental: 15 años después de Caracas; del 7 al 9 de noviembre del 2005; Brasilia (Brasil). Washington (DC): OPS; 2006 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/PRINCIPIOS_DE_BRASILIA.pdf
12. Organisation panaméricaine de la Santé. Consenso de Panamá [Internet]. Conferencia Regional de Salud Mental; del 7 al 8 de octubre del 2010; Ciudad de Panamá (Panamá). Washington (DC): OPS; 2010 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2011/1.%20PosterSpanishJAN11.pdf>
 13. Organisation panaméricaine de la Santé. Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 [Internet]. Présenté par les Ministres de la Santé des Amériques dans la ville de Panama ; 3 juin 2007 ; Panama. Washington (DC) : OPS ; 2007 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1976%3Ahealth-agenda-for-the-americas20082017&catid=1546%3Akmckey-paho-publications&lang=fr
 14. Organisation mondiale de la Santé. mhGAP: Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives [Internet]. OMS : Genève ; 2008 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf
 15. Organisation mondiale de la Santé, Programme d'action mondial Comblent les lacunes en santé mentale. Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives au niveau des soins de santé non spécialisés [Internet]. OMS : Genève ; 2011 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789242548068_fre.pdf
 16. Organisation panaméricaine de la Santé. Estrategia y plan de acción sobre la epilepsia [Internet]. Washington (DC): OPS; 2011 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/epilepsia%20doc.pdf>
 17. Organisation mondiale de la Santé. Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. Genève : OMS ; 2010 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategyfr.pdf?ua=1
 18. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action visant à réduire l'usage nocif de l'alcool [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS; 2011 (document CD51/8, Rev. 1) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :

- http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=fr
19. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie sur la consommation de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2010 (document CD50/18, Rév. 1 et résolution CD50.R2) [consultés le 31 janvier 2014]. Disponibles sur :
<http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-18-f.pdf>
<http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/cd50.r2-f.pdf>
20. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action sur l'usage de substances psychoactives et la santé publique [Internet]. 51^e Conseil directeur de l'OPS, 63^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2011 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2011 (document CD51/9) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5723&Itemid=4139&lang=fr
21. Nations Unies. Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles [Internet]. 66^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies, 3^e séance plénière ; 19 septembre 2011 ; New York (États-Unis). New York : ONU ; 2011 (document A/RES/66/2) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/66/2
22. Organisation mondiale de la Santé. Projet de cadre global mondial de suivi et cibles pour la lutte contre les maladies non transmissibles : réunion formelle des États Membres pour achever les travaux concernant le cadre global mondial de suivi, indicateurs compris, et un ensemble de cibles volontaires à l'échelle mondiale pour la lutte contre les maladies non transmissibles : Rapport du Directeur général [Internet]. 66^e Assemblée mondiale de la Santé ; du 20 au 28 mai 2013 ; Genève (Suisse). Genève : OMS ; 2013 (document A66/8) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-fr.pdf
23. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la prévention et la lutte contre les maladies non transmissibles [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (Document CD52/7, Rév. 1) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr

-
24. Organisation panaméricaine de la Santé ; Ministerio de Salud del Brasil. Consenso de Brasilia [Internet]. Primera Reunión Regional de Usuarios de Servicios de Salud Mental y sus Familiares, del 15 al 17 de octubre del 2013; Brasilia (Brasil). Brasilia: OPS-Ministerio de Salud; 2013 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=1167&Itemid=353&lang=es
 25. Kohn, R. La brecha de tratamiento en la Región de las Américas [Internet]. Washington (DC); 2013 (documento técnico) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23177&Itemid=270&lang=es
 26. Rodríguez J, Kohn R, Aguilar S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2009 (Publicación Científica y Técnica No. 632) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
 27. Organisation mondiale de la Santé. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature [Internet]. Genève : OMS ; 2009 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241563567/en/>
 28. Organisation mondiale de la Santé ; Alzheimer's Disease International. Demencia: una prioridad de salud pública [Internet]. Genève : OMS ; 2012 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf
 29. Organisation panaméricaine de la Santé. Rapport régional sur la mortalité due au suicide. Washington (DC): OPS. Sera publié en 2014.
 30. Organisation mondiale de la Santé ; Fonds des Nations Unies pour la population. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'encontre des femmes : prévalence et conséquences sur la santé de la violence du partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par d'autres que le partenaire [Internet]. Genève: OMS; 2013 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/fr/>
 31. Speizer, I.S., et al. (2008) Dimensions of child punishment in two Central American countries: Guatemala and El Salvador = Dimensiones del castigo infantil de dos países de América Central : Guatemala y El Salvador [Internet]. *Rev Panam Salud Publica* 2008. 23(4): p. 247-256 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur :
-

- http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892008000400004&lng=en&nrm=iso
32. Organisation mondiale de la Santé. Instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale [Internet]. Genève: OMS; 2005 (WHO AIMS Version 2.2.) [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.who.int/entity/mental_health/evidence/WHOAIMS_French.pdf?ua=1
33. Organisation panaméricaine de la Santé WHO-AIMS: Informe sobre los sistemas de salud mental en América Latina y el Caribe [Internet]. Washington (DC): OPS; 2013 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=21321&Itemid=270&lang=es
34. Organisation panaméricaine de la Santé. La santé et les droits de l'homme : document conceptuel [Internet]. (CD50/12). 50^e Conseil directeur de l'OPS, 62^e session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 27 septembre au 1^{er} octobre 2010 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS 2010 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/CD50-12-f.pdf>
35. Caldas de Almeida J, Cohen A (eds.). Innovative mental health programs in Latin America & the Caribbean [Internet]. Washington (DC): OPS; 2008 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : <http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2008/MHPDoc.pdf>
36. Organisation mondiale de la Santé. Tratamiento farmacológico de los trastornos mentales en la atención primaria de salud [Internet]. OMS: Genève; ©2010 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/paho/2010/9789275331132_spa.pdf
37. Organisation mondiale de la Santé. WHO qualityrights tool kit: assessing and improving quality and human rights in mental health and social care facilities [Internet]. Genève: OMS; 2012 [consulté le 31 janvier 2014]. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70927/3/9789241548410_eng.pdf?ua=1



Organisation
panaméricaine
de la Santé



Organisation
mondiale de la Santé
BUREAU RÉGIONAL DES
Amériques

53^e CONSEIL DIRECTEUR

66^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., ÉUA, du 29 septembre au 3 octobre 2014

CD53/8, Rév. 1
Annexe A
Original : espagnol

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION SUR LA SANTÉ MENTALE

LE 53^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le *Plan d'action pour la santé mentale* (document CD53/8, Rév. 1) ;

Reconnaissant que la prévalence des troubles mentaux et liés à la consommation de substances psychoactives est élevée dans le monde et que cela contribue dans une large mesure à la morbidité, l'incapacité et la mortalité prématurée et que, en outre, il existe des lacunes importantes en matière de traitement ;

Comprenant qu'il ne saurait y avoir de santé sans santé mentale, celle-ci ne s'entendant pas uniquement comme l'absence de maladie mais comme un « état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté » ;¹

Considérant que, en 2009, le Conseil directeur de l'OPS a adopté la *Stratégie et Plan d'action pour la santé mentale* et que, en 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, et qu'au cours de cette même année, l'OPS a adopté son Plan stratégique 2014-2019, il est utile et nécessaire d'actualiser et d'aligner notre plan d'action régional pour la santé mentale sur le Plan stratégique de l'OPS et sur le Plan d'action global pour la santé mentale de l'OMS ;

¹ Organisation mondiale de la Santé. [Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020](#), annexe, page 42, (2013).

Rappelant les instruments internationaux fondamentaux relatifs aux droits de l'homme, tels que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

Observant que le *Plan d'Action pour la santé mentale* traite des lignes d'action fondamentales pour répondre aux divers besoins de santé mentale des pays,

DÉCIDE :

1. D'approuver le *Plan d'Action pour la santé mentale* et son application dans le contexte propre à chaque pays pour répondre aux besoins actuels et futurs dans le domaine de la santé mentale.
2. De prier instamment les États Membres, en tenant compte de leurs contextes nationaux :
 - a) d'inclure la santé mentale et la promotion de la santé mentale comme priorité dans les politiques nationales de la santé, afin d'assurer la mise en œuvre de plans de santé mentale qui prennent en compte le déficit et la répartition inégale des ressources existant dans certains pays ;
 - b) de renforcer, d'élaborer, d'examiner et, si nécessaire, de réformer les cadres juridiques des pays et leur application pour protéger les droits de l'homme des personnes souffrant de troubles mentaux ;
 - c) d'appuyer la participation de la société civile, et en particulier des associations des usagers et de leur famille, à la planification et à la mise en œuvre des activités de promotion et de protection de la santé mentale de la population ;
 - d) de promouvoir l'accès universel et équitable à la prise en charge globale de la santé mentale pour l'ensemble de la population en suivant une approche ancrée dans les communautés, au moyen du renforcement de la capacité de réponse des systèmes et des services de santé mentale dans le cadre des réseaux intégrés de services, en mettant l'accent en particulier sur la réduction des lacunes existant en matière de traitement ;
 - e) de poursuivre les efforts visant à faire évoluer le modèle centré sur les hôpitaux psychiatriques vers un modèle communautaire où la composante de la santé mentale est intégrée dans les soins de santé primaires et les hôpitaux généraux, et où des services de santé mentale décentralisés et proches de la population sont mis en place ;
 - f) d'assurer une réponse adéquate des services de santé mentale tenant compte des spécificités des groupes en situation de vulnérabilité, ou ayant des besoins spécifiques ;

- g) d'assurer la fourniture de services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence et de catastrophes ;
- h) de considérer le renforcement des ressources humaines en matière de santé mentale comme une composante clé de l'amélioration de la capacité de réponse des services et, en particulier, des soins de santé primaire, ce pour quoi il est essentiel de mettre en œuvre régulièrement des programmes de formation ;
- i) d'appuyer des initiatives intersectorielles pour promouvoir la santé mentale et la prévention des troubles mentaux, en accordant une attention particulière au cycle de vie ; ainsi que pour traiter de la stigmatisation et de la discrimination que subissent les personnes souffrant de troubles mentaux ;
- j) d'entreprendre des interventions spécifiques pour la prévention du suicide comprenant l'amélioration des systèmes d'information et de surveillance ;
- k) de réduire les lacunes en matière d'information qui existe dans le domaine de la santé mentale en améliorant la production, l'analyse et l'utilisation des informations, ainsi qu'en développant la recherche ;
- l) de renforcer les alliances gouvernementales multisectorielles, ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales, des établissements universitaires et d'autres acteurs sociaux clés.

3. De demander à la Directrice :

- a) de soutenir les États Membres dans l'élaboration, l'examen, le renforcement et la mise en œuvre des plans nationaux pour la santé mentale et des cadres juridiques, qui auraient pour référence le présent plan d'action, en s'efforçant de corriger les inégalités et en accordant la priorité à la prise en charge des groupes en situation de vulnérabilité et ayant des besoins spécifiques ;
- b) de collaborer aux évaluations de programmes et des services de santé mentale des pays pour que soient prises des mesures appropriées sur la base d'un diagnostic de la situation ;
- c) de préparer et de diffuser parmi les États Membres un document technique complémentaire présentant des recommandations sur des options pratiques pour la mise en œuvre du présent plan dans les pays, ainsi que sur la façon de mesurer les indicateurs suggérés ;
- d) de faciliter la diffusion d'informations et l'échange d'expériences, et de promouvoir la coopération technique entre les États Membres ;
- e) de promouvoir des partenariats avec des organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi qu'avec des organisations internationales et d'autres organismes régionaux et infrarégionaux à l'appui de la réponse globale qui est nécessaire dans le processus de mise en œuvre du présent plan d'action.



Rapport sur les incidences financières et administratives qu'aura pour le BSP le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour : Point 4.6 - Plan d'action sur la santé mentale.

2. Lien avec le Programme et budget 2014-2015 :

a) **Catégorie :** 2, Maladies non transmissibles et facteurs de risque.

b) **Domaine programmatique :** 2.2, Santé mentale et troubles liés à la consommation de substances psychoactives.

Résultat intermédiaire : Couverture de service accrue pour la santé mentale et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives

3. Incidences financières

a) **Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :** Pour la mise en œuvre du Plan d'action, il sera nécessaire de forger des alliances et d'identifier des bailleurs de fonds externes qui soutiendront cette initiative. L'écart de financement estimé est de 39 % du montant total budgétisé pour l'ensemble de la période 2015-2020, et il tient principalement aux frais de fonctionnement.

On estime que le coût de la mise en œuvre du Plan d'action pour la période de six ans (2015-2020) sera le suivant :

Recrutement de personnel : \$8 794 080 (63 %) (comprend le personnel actuel pour la santé mentale, l'alcool et l'utilisation de substances psychoactives)

Coûts de fonctionnement/activités : \$5 086 000 (37 %)

Total : \$13 880 080

b) **Coût estimatif pour l'exercice 2014-2015 (à US \$10 000 près, activités et personnel compris) :**

Exercice biennal 2014-2015 (Programme de travail biennal, réduit à 2015 étant donné que ce Plan sera approuvé par le Conseil directeur en septembre 2014, et que de ce fait, concrètement, sa mise en œuvre commence en 2015).

Coûts estimés pour un an (2015) :

Recrutement de personnel : \$1 365 680 (personnel fixe de l'Unité sur la SM-US) (59 %)

Coûts de fonctionnement/activités : \$931 000 (41 %)

Total : \$2 296 680

c) **Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? :** Le personnel permanent qui compose actuellement l'Unité sur la santé mentale et sur l'utilisation de substances psychoactives est suffisant pour faire face à la mise en œuvre du Plan d'action au cours de cet exercice biennal et pour le suivant (2015-2017) ; l'écart de financement porte essentiellement sur les embauches sur contrats à durée

déterminée nécessaires pour bénéficier du soutien d'experts pour des activités spécifiques et sur les dépenses de fonctionnement pour la coopération technique.

Recrutement de personnel : \$1 315 680 (93 %)

Coûts de fonctionnement/activités : \$100 000 (7 %)

Total : \$1 415 680

Écart de financement annuel : \$881 000

4. Incidences administratives

- a) **Indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées :** les activités prévues s'articulent autour des besoins des États Membres. Une importance particulière est accordée aux pays prioritaires, ceux qui ont un développement plus faible de leurs programmes et services de santé mentale (sur la base des évaluations effectuées) et ceux qui subissent des situations d'urgence humanitaire telles que des catastrophes, des conflits armés, des déplacements de population et la violence. L'attention doit également se concentrer sur les groupes de population en situation de vulnérabilité ou ayant des besoins spécifiques.

Le Plan sera exécuté à trois niveaux :

- Régional : mobilisation des ressources, promotion de la cause, élaboration et diffusion de documents techniques, méthodologiques et de formation ; il fournit aux pays une assistance technique pour la mise en œuvre des plans nationaux de santé mentale ainsi que pour leur évaluation et leur suivi.
 - Infrarégional : La décentralisation de la coopération technique dans le domaine de la santé mentale est une réalisation qui a démarré en 2004 et il est essentiel de la préserver. Cela a permis de collaborer plus étroitement avec les pays et d'assurer un soutien aux États Membres qui en ont besoin. Cela facilite aussi la coopération entre les pays, le débat sur les problèmes communs et le partage d'expériences. C'est à ce niveau que sont établis les liens avec les instances d'intégration infrarégionale (SICA, Mercosur, UNASUR et CARICOM)
 - National : Formulation et mise en œuvre des plans nationaux de santé mentale sous la direction des ministères de la santé, avec la participation d'autres secteurs et institutions ; cela implique le soutien et la supervision des échelons locaux. L'OPS apportera une coopération technique aux pays en fonction des besoins identifiés conjointement.
- b) **Besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :** Le personnel actuel est suffisant pour les deux premiers exercices biennaux. Il serait souhaitable, pour la dernière période du Plan, 2018-2020, d'engager un professionnel ayant un profil de santé publique et de neurologie, au niveau régional, pour travailler sur les maladies neurologiques, en particulier celles pour lesquelles nous avons déjà développé des actions de coopération technique ou pour lesquelles il existe des mandats des organes directeurs, telles que l'épilepsie et la démence.
- c) **Calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :**
- 2014 : approbation du Plan d'action par le Conseil directeur.
 - 2015 : début de la mise en œuvre du Plan d'action.
 - 2016 et 2018 : évaluations biennales.
 - 2020 : évaluation finale.



**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU
JOUR AUX MISSIONS DE L'ORGANISATION**

- 1. Point de l'ordre du jour :** Point 4.6 - Plan d'action sur la santé mentale
- 2. Unité responsable :** Maladies non transmissibles et santé mentale/Santé mentale et utilisation de substances psychoactives (MH/NMH)
- 3. Fonctionnaire chargé de la préparation :** Dr Jorge J. Rodríguez
- 4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :**
 - PAHO/WHO Collaborating Center for Mental Health Training and Policy/Dalhousie University. Halifax, Canada.
 - PAHO/WHO Collaborating Center for Reference and Research in Mental Health / McGill University. Montréal, Canada.
 - PAHO/WHO Collaborating Center, Center for Addiction and Mental Health (CAMH), Toronto, Canada.
 - Centro Colaborador de la OPS/OMS Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz". Ciudad de México, DF, Mexique.
 - PAHO/WHO Collaborating Center–Nursing and Mental Health. School of Nursing, Université d'Alberta, Canada.
 - Instituto Nacional de Salud Mental de Panamá, Panama.
 - Unidad de Salud Mental del Centro de Demografía y Salud (CIDS) / Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-León. León, Nicaragua.
 - Instituto de Salud Mental de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Córdoba. Córdoba, Argentine.
 - Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Chili.
 - Department of Psychiatry, University of the West Indies, Mona Campus.
 - School of Medicine, Loma Linda University, Californie, États-Unis.
 - Alpert Medical School, Brown University, Providence, États-Unis.
 - Substance Abuse and Mental Health Services Administration, États-Unis.
 - Fundación Andaluza para la Inserción Social del Enfermo Mental (FAISEM). Andalousie, Espagne.
 - Église adventiste du septième jour.
 - Federación Internacional de Salud Mental (WFMH).
 - Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL).

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Les liens suivants sont particulièrement mis en exergue :

- Énoncé de l'intention : paragraphes 2 et 3.
- Principes et valeurs : paragraphes 9, 10, 11 et 12.
- Analyse de la situation et tendances en matière de santé dans les Amériques : paragraphes 15, 16, 19, 20, 22, 26.
- Domaines d'action : alinéas b, c, e et f.

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2014-2019 :

- Il est lié aux cibles d'impact : #7 (taux de suicide).
- Il existe un lien fondamental avec la Catégorie 2 (maladies non transmissibles et facteurs de risque).
- Domaine programmatique 2.2 Santé mentale et troubles liés à la consommation de substances psychoactives : résultat intermédiaire 2.2, Indicateur 2.2.1.
- Dans le Programme et budget de l'OPS 2014-2015, il est lié aux résultats immédiats 2.2.1, 2.2.2 et 2.2.3.
- Le secteur de la santé mentale et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives aura besoin d'un travail interprogrammatique efficace avec les autres catégories et programmes.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

On peut citer certains pays ayant des pratiques et expériences réussies et innovantes dans le domaine de la santé mentale qui peuvent être source d'enseignements. Ce ne sont pas les seuls, mais nous mentionnons les exemples suivants (par ordre alphabétique) :

- Argentine : la Loi sur la santé mentale qui inclut les normes techniques et les droits de l'homme les plus actuels à l'échelle internationale, et qui a été élaborée avec une large participation sociale. Expérience de travail avec le secteur judiciaire et le domaine des droits de l'homme. Certaines provinces avec des modèles de services efficaces (désinstitutionalisation et prise en charge au niveau communautaire).
- Belize : modèle de services de santé mentale décentralisé et ambulatoire, basé sur les soins de santé primaires, le personnel infirmier ayant reçu une formation en santé mentale au niveau du district.
- Brésil : politique nationale de santé mentale élaborée avec une large participation sociale, réduction du nombre de lits en hôpital psychiatrique, création de centres de soins psychosociaux et de programmes de réinsertion sociale des malades mentaux souffrant de pathologies à évolution longue.
- Chili : formulation et mise en œuvre durable d'un plan national de santé mentale fondé sur un modèle communautaire et lié aux soins de santé primaires. Couverture financière des offres de prestation de services pour les troubles mentaux.
- Cuba : développement de centres de santé mentale communautaires. Programme réussi de prévention des comportements suicidaires.
- Panama : réforme de l'hôpital psychiatrique avec une réduction importante du nombre de lits et décentralisation des services.